



Formulario Opción de Pago con Tarjeta Débito MasterCard de Illinois

Si usted escoge la tarjeta de Débito MasterCard® de Illinois, actualizaremos sus expedientes y recibirá su tarjeta de Débito MasterCard por correo. Active su tarjeta inmediatamente, llame gratis al (1-866-338-2944) y siga las instrucciones contenidas en los materiales que le enviamos junto con la tarjeta. Asegúrese que tengamos su dirección correcta.

La tarjeta no será enviada a otra dirección que no haya reportado

Para obtener la Tarjeta de Débito:

*** Adjunte una copia de su Licencia de Conducir actual del Estado o Tarjeta de Identificación del Estado**

* Usted DEBE completar todos los espacios en blanco en la sección que usted está completando (Sección 1 para comenzar el uso de la tarjeta, sección 2 para descontinuar el uso de la tarjeta.)

* Toda la información debe ser clara y legible

* Una vez que escoja la tarjeta de Débito MasterCard de Illinois sus pagos continuarán en la tarjeta hasta que un aviso por escrito en el Formulario cancelando la Opción de Pago se reciba y sea procesada por el DHS.

* DEBE enviar el formulario a:

**Department of Human Services
Bureau of Expenditure Accounting Debit Card Project
100 South Grand Ave. East, 1st Floor
Springfield, Illinois 62762**

COMPLETE SÓLO LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN: Si usted quiere COMENZAR a usar la Tarjeta de Débito MasterCard de Illinois, complete la sección 1. Si ya tiene una tarjeta y quiere DESCONTINUAR usándola, complete la Sección 2.

SECCIÓN 1 (Para solicitar una nueva Tarjeta de Débito de Illinois)

Tarjeta de Débito MasterCard de Illinois Opción de Pago con Tarjeta -DEBE completar todos los espacios

(Escoja el tipo de Proveedor) **Cuidado de Niños** **Asistente Personal PA - DRS**

Número de Seguro Social: _____ Teléfono de Día: _____ **Escriba "N/A" Si no tiene teléfono**
(Incluya código de área)

Escriba su nombre como está en su tarjeta de Seguro Social o en sus cheques que le paga IDHS:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Nombre del Negocio: _____ (Use esta línea, si tiene la licencia bajo ese nombre)

Dirección Postal: (Indique Calle, Suite, Número de Apartamento, Caja Postal, si aplica)

(# y Nombre de Calle, use St. Ave, Ct, Apt., # de Piso)

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Yo autorizo a la Oficina de Contraloría del Estado de Illinois a pagarme depositando directamente a la cuenta de la Tarjeta de Débito MasterCard de Illinois, como lo indica la Agencia que paga del Estado. Yo entiendo que la tarjeta será enviada por correo y el banco mantendrá los pagos hasta que retire el dinero usando mi tarjeta de Débito MasterCard. También autorizo que la Contraloría inicie, si es necesario, registros y ajustes a la cuenta de débitos por algún error que pueda haber al acreditar pagos a la cuenta. Esta autorización aplica a todos los pagos a proveedores de cuidado de niños o asistentes personales hechos por la Contraloría al beneficiario nombrado más adelante e identificado por su número de identificación como receptor.

Yo entiendo que la tarjeta de Débito MasterCard de Illinois es expedida por Comerica Bank, bajo licencia de MasterCard International Incorporated. También certifico que tengo por lo menos 18 años de edad.

Firma: _____ Fecha: _____

Con esta firma, yo certifico que la información proporcionada es correcta.

DEBE completar todos los espacios en blanco de arriba para solicitar una Tarjeta de Débito.

SECCIÓN 2 (Para cancelar su Tarjeta de Débito de Illinois)

Deseo CANCELAR el uso de mi Tarjeta de Débito MasterCard de Illinois y recibir mis pagos de la manera en que lo recibía antes de solicitar la Tarjeta de Débito (por medio de cheque o Depósito Directo).

Si usted usa Depósito Directo y la cuenta de banco está cerrada, se puede tardar su próximo pago y posiblemente llegue por correo. Los proveedores de Cuidado de Niños deben comunicarse con la Unidad para Depósito Directo de la Contraloría llamando gratis al (217) 557-0930, si la cuenta ha cambiado o está cerrada. Para evitar demoras, los Asistentes Personales deben comunicarse con la Oficina Local de DRS si hay algún cambio en su cuenta bancaria desde la última vez que haya recibido pagos por Depósito Directo.

Razón por la Cancelación de la Tarjeta _____

Escriba su Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor guarde su Tarjeta de Débito MasterCard hasta que reciba su próximo pago por cheque o depósito directo.